

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：ケアハウスなつなし		種別：軽費老人ホーム	
代表者氏名：施設長 櫻井 厚志		定員（利用人数）：30名	
所在地：福島県白河市新夏梨1番地2			
TEL：0248-31-2224		ホームページ：ホームページ：http://care-net.biz/07/komineen/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成11年11月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人清峰会			
職員数	常勤職員：5名	非常勤職員1名	
専門職員	施設長（兼任）1名	清掃員1名	
	管理栄養士（兼任）1名		
	生活相談員1名		
	介護員1名		
	事務員1名		
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）	
	1人室28室	食堂・浴室等	
	2人室1室		

② 理念・基本方針

1. 利用者の権利を守り、地域の中でその人らしく安らかな生活が送れるように支援する。
2. 利用者とその家族を尊重し、自立への援助を行い、最期まで共に歩む。
3. 会計・財務を正確に管理し、適正な財務報告を行い、健全な経営を行う。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月10日（契約日）～ 令和7年12月23日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成26年度）

⑤ 第三者評価機関名

NPO 法人福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 総合的な人事管理について

就業規則、給与規程やキャリアパス規程により採用、昇格や異動の基準を明確に定めている。また、一般職、係長、管理職の3種類の考課シートにより5段階の自己評価に基づき複数の評価者により客観的な人事評価を行い賞与に反映している。毎年、「職員意向調査書」により異動や研修の希望、上司や法人への要望や担当したい職務など職員の希望を把握して人事に活かしている。地域の他法人の職員待遇を調査して手当や給与の見直しを図り待遇改善に努めている。

2. 公正かつ透明性の高い適正な経営について

経理規程、管理規則を定め、事務・経理。契約等に関するルールを明確にして職員に説明し周知している。物品購入の手続きは採用時のオリエンテーションや購入の都度、事務から説明を行い、発注者と検収者を分離して不正防止に努めている。年1回、法人監事による「サービス運営」と「財務」に関する監査を実施し、結果をホームページで公開している。さらに、社会福祉法で定める外部監査の義務要件に該当していないが、毎年、公認会計士による外部監査を受けホームページで開示するとともに指導内容に従い運営や経営改善を図っている。

3. 利用者の尊重や自主性を重んじた取り組みについて

基本理念、運営の基本目標、職員職務心得の中で利用者の尊重、人権の保障を明示し、施設の方針として示されている。職員は法人の研修で虐待防止や利用者尊重について学んでいる。事業所は介護員、相談員の2名が配置され、利用者が安心して楽しい生活が送れるよう支援している。また、利用者の自主性を尊重し居心地よく過ごせることを目標に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

1. サービスの質の向上に向けた取り組みについて

個別の問題は、その都度、職員会議やサービス向上委員会で協議して改善を図っているが、自己評価や満足度アンケートなどサービスの質の向上に向けた取り組みは実施していない。毎年、自己評価を行い、課題を抽出して職員参画のもと、組織的継続的にPDCAサイクルでサービスの質の向上を図る仕組みづくりが望まれる。

2. 生活支援計画の評価手順について

年度初めに生活相談員が利用者全員の生活支援計画を策定し、介護員、副施設長、施設長が確認する仕組みになっている点は評価できるが、年度末に行う生活支援計画に対する評価については策定時と同様の手順が取られていない。生活相談員が行った評価を最終的に施設長が確認する手順となるよう検討されたい。

3. 権利擁護への取り組みについて

法人の虐待防止委員会・事故防止対策委員会に出席し、不適切なケアを行わないための研修等に参加し、施設内職員全員で共有している。また、食堂の個々の利用者の席を半年に1回程度、定期的に席替えを行っており、利用者同士でトラブルや権利侵害が起きないように配慮している。

今後は、虐待の芽チェックリスト等を活用し不適切ケアについて自己チェックし虐待の未然防止を図ることや虐待発生時の対応についてフロー図の作成が望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

外部からの評価を受けることにより、自施設の状況について把握することができた。施設内で行っている活動内容の利点や弱点、改善すべき事を確認できたことが学びとなった。改善すべき項目について事業所全体の課題として職員と共有し、改善に向け進めていきたい。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果（共通評価基準）

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・c の3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針を確立・周知している。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・b・c
＜コメント＞ 法人の理念と長期運営方針に基づき施設の基本方針を定めている。法人理念を会議室や各部署の事務所に掲示し、年度当初と開設記念日のミーティングで理念について説明して職員への浸透を図っている。 なお、ホームページや重要事項説明書に理念や基本方針の記載がなく、利用者や家族への説明や周知は図られていない。ホームページや重要事項説明書に理念や基本方針を掲載し、利用者や家族へ分かりやすい資料を作成するなどの工夫を行い、周知を図ることが望まれる。また、定期的に理念や基本方針等について職員間で話し合いや振り返りを行い、浸透を図る取り組みが望まれる。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析している。	a・b・c
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向は、県や市などの行政や全国・県の老人福祉施設協議会からの通知等で把握している。また、県社会福祉協議会の社会福祉法人経営者協議会から情報を得ている。地域の動向は、老人福祉協議会県南支部施設長会議や施設長が委員になっている市の介護保険事業計画の策定委員会などから把握している。毎月、法人において理事長と各施設長で構成する経営者会議で、コスト分析や利用者の推移、利用率の変化を把握		

している。 なお、社会福祉全体の動向や各種福祉計画の策定動向、利用者の推移や利用率の変化等の把握に留まり分析までは行われていないため、将来の経営環境を勘案した経営環境や経営状況の分析し、対応していくことが望まれる。		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a・b・c
<コメント> 毎月開催している法人の経営会議で監事も参加して具体的な経営課題や問題点については話し合っている。経営課題は明文化していないが、人材確保、設備の修繕や収入アップが課題になっており、理事会で説明し共有を図っている。各課代表者会議（係長以上の職員で構成）で経営課題について説明し、代表職員が各部署の職員会議で伝達し職員への周知を図っている。 なお、経営課題を文書化し、改善に向けて職員からの意見や知恵を生かすとともに利用者のニーズも踏まえた具体的な取り組みを組織的に進めることが望まれる。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
<コメント> 中期行動計画（令和7年～11年）と10年後の完成を目指す長期行動計画（令和12年～16年）を法人が策定している。福祉サービスの充実、経営基盤の安定、施設整備の計画的な推進を掲げ優先順位をつけたものとなっている。 なお、目標（ビジョン）や具体的な事業などは明確にされていないので進捗状況や達成状況を評価することができない内容となっている。今後具体的な事業展開を図れるよう中・長期事業計画の中で事業の期限や数値目標を明らかにするとともにその裏付けとなる中・長期収支計画の策定が望まれる。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
<コメント> 単年度の事業計画と収支計画（予算）を策定しており、実行可能な具体的な内容になっている。 なお、単年度事業計画は中・長期計画と整合性が取れたものとなっていないので、中・長期計画の内容を単年度計画に反映させ、事業の具体化を進めながら、中・長期計画を具体化・推進することが望まれる。		

I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・b・c
<コメント> 事業計画は、生活相談員が介護員の意見を聞いて原案を作成し、施設長が修正して策定している。半年ごとに、生活相談員と介護員が話し合って「事業計画の進捗状況及び見直し」をまとめ、施設長が内容を確認して事業計画の見直しを行っている。 なお、事業計画は生活相談員と介護員の2名で話し合って原案を作成し、施設長が修正して作成しているが、施設長が修正した内容の理解を図るためにも施設長、職員と協議する機会を持ち協働して策定することが望まれる。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・c
<コメント> 行事計画は月単位で利用者へ説明しているが、利用者や家族へ事業計画の配布や説明などは行われていないので利用者にも分かりやすい資料を作成して利用者や保護者に配布して理解を図ることが望まれる。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	a・b・c
<コメント> 個別に発生した問題や利用者の要望等には、月1回の職員会議（ケアハウス会議）やサービス向上委員会で話し合ってその都度改善を図っている。 なお、第三者評価は平成26年に受審して以来、今回2回目の受審であり、前回の受審結果を生かすまでには至っていないので、自己評価で得られた気づきや課題も含め検討を重ね、改善やサービス向上に活かし良いサービスの提供と質の向上に取り組むことが望まれる。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・c
<コメント> 平成26年に第三者評価を受審しているが、その結果を受けた課題等への取り組みは不十分となっている。自己評価を実施しておらず、取り組むべき課題の抽出は行われていないので、今後は自己評価や第三者評価受診結果を活かし課題を明確にして、PDCAサイクルに基づき計画的に改善を図る取り組みが望まれる。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任を明確にしている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	①・b・c
<コメント> 施設長は、年度当初の職員会議で事業所の経営や管理に関する方針を説明している。職務分担表を作成し、部署ごとに配布して周知している。事務分担表は現場の職員が2名で内容が変わることがないため改めて説明はしていないが、事務室に置いていつでも確認できるようにしている。有事における施設長の役割や責任、不在時の権限委任はBCP（事業継続計画）に副施設長が代理することが明記され職員に周知されている。		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	①・b・c
<コメント> 順守すべき法令等は、市や県老人福祉施設協議会などで把握している。また、施設長は法務局の人権擁護委員など地域の要職を兼ねる等、それぞれの会議や研修会を通して遵守すべき法令等の情報を得ている。また、法人顧問の弁護士や公認会計士、社会保険労務士から随時助言指導を得られる環境にあり事業運営に反映させている。また、朝のミーティングや各課連絡調整会議（係長以上の職員で構成）において、実際の虐待事例や新聞報道等の不祥事について触れながら職場内に法令順守の意識を高めている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・②・c
<コメント> 施設長は、毎日、業務日誌を確認してサービスの内容をチェックして、課題があればその都度指導や助言を行っている。また、職員から利用者の要望を聞いたり、利用者から申し出を受けたり相談に応じて課題の把握に努め職員と話し合っ改善を図っている。また、法人全体で組織しているリスク管理委員会や人権擁護虐待防止委員会など各委員会に出席し、職員の意見を聞きながら指導や助言を行っている。 なお、施設長はケアハウス、特別養護老人ホーム施設長、デイサービス管理者等法人の要職を占め、多忙を極めており、副施設長や各課長に権限委譲するなど余裕をもって施設運営やサービス質の向上に能力を活かせる組織体制の検討が望まれる。		
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・②・c

<コメント> 毎月開催される法人の経営会議において財務や労務の状況を報告し、改善事項について協議している。月次会計の前月比等の分析を行い、職員の超過勤務時間数や年休取得率を確認して超過勤務の多い部署や特定の職員に集中していないかを把握して業務の見直しなど改善を図っている。今年度から法人全体で「生産性向上委員会」を組織し、職員の提案や意見を踏まえ施設長も参加して業務改善に努めている。 今後これらの取り組みを通じて、職員が経営改善への参加意欲を高め組織的な取り組みにつながるよう指導力の発揮が望まれる。	
--	--

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画を確立し、取組を実施している。	a・b・c
<コメント> 民間の人材紹介会社を利用し、求職登録者の情報を確認して直に募集をかける「スカウト型」の求人活動を行っている。また、介護福祉士養成校へ求人票を提出し、福祉職の就職説明会に参加して職員の確保に努めている。さらに、法人として職員の「定着支援制度」を設け、職員の紹介により就職した職員が一定期間定着した場合に双方に奨励金を支給する制度を設けている。また、臨時職員の登用制度により職員の確保を図っている。 なお、必要な人材の確保、人材育成に関する基本方針や具体的な計画が定められていないため、それらの方針や計画を定めて人材確保を図ることが望まれる。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・b・c
<コメント> 事業計画において基本理念・運営方針に基づく「職員職務心得」「職員の心構え」を明示し、「キャリアパス規程」を設けて任用要件や昇格要件等を明確にし、職員に周知している。職責別の考課シートに基づき、直属上司並びに施設長との個別面談を年1回行い、職員の意向確認と評価・分析を行っている。キャリアパス規程に加えて、人事考課制度の導入意義や組織管理的な視点の事例をまとめた「ガイドライン」も示し、制度の周知・理解に努めている。また、年1回「職員意向調査書」により異動や研修の希望、上司や法人への要望、担当したい職務など職員の希望を把握して人事に活かしている。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・b・c
<コメント> 職員の有給休暇取得や超過勤務時間はパソコンで管理しており、施設長が毎月確認して		

いる。夜勤者等は年2回、他の職員は年1回の健康診断を実施し、看護職員と施設長がチェックして産業医に確認してコメントを貰い、職員の健康管理に努めている。職員の意向調査や個人面談をそれぞれ年1回実施し意見や要望の把握し働きやすい職場づくりに活用している。職員のハラスメントや賃金体系、福利厚生、労働条件や労働環境など広く相談を受け付ける「労働相談窓口」を設けている。昨年地域の他法人の職員待遇を調査して夜勤手当や初任給の見直しを行うなど処遇改善を図っている。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・b・c
＜コメント＞ 人事考課制度導入ガイドラインを設け、組織的に人材育成に取り組んでいる。人事考課シートで「前回考課から成長した点」と「改善できなかった理由」を職員が自ら振り返りを行うことで育成を図る取り組みを行っている。 なお、目標管理による職員育成は行っていないので、職員一人ひとりの知識や経験に応じた具体的な個人目標を設定し、中期や期末に面談を行い、目標達成状況を確認しながら評価、アドバイスをする目標管理制度の導入が望まれる。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・b・c
＜コメント＞ 研修計画は各課連絡調整会議で各課の要望を踏まえて原案を作成し、施設長が決定している。労働介護安全センターなど外部講師による研修後に行った職員アンケートを確認して研修の見直しの参考にしている。 なお、職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定していないので、策定することが望まれる。また、軽費老人ホーム（ケアハウス）職員を対象とした研修の機会が少ないため、近隣の軽費老人ホーム（ケアハウス）との交流機会を持ち、お互いに各施設の取り組みを学び合う機会を設けることが望まれる。		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・b・c
＜コメント＞ 職員の専門資格の取得状況は、履歴書の資格一覧表に記載して管理している。キャリアアップ研修、職種別研修やテーマ別研修は県社会福祉協議会などの外部研修へ参加して実施している。職員ごとの研修履歴を作成し、キャリアパス研修の履修確認や研修の偏りがないか確認して全員が参加できるように努めている。法人で研修助成制度を設け、資格取得に係る研修や業務に関連する研修費用の補助を行っている。 なお、研修機会が少ないケアハウスについては、研修先を探すほか、先進施設との交流など研修機会を提供する取り組みが望まれる。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成	a・b・c

	について体制を整備し、積極的な取組をしている。	
<コメント> 非該当（実習希望者がなく実習生の受け入れを行っていない）		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・b・c
<コメント> ホームページで、施設が提供している福祉サービスの内容、事業計画、予算や決算を公開している。また、苦情・相談の内容は年1回、広報誌に項目ごとの件数のみを記載して公開している。広報誌は県南地方の行政機関、家族や高齢者施設、利用者や家族、県内の関係施設に配布して開示している。 なお、苦情については件数のみ開示しているが内容は公開していないので、プライバシーに配慮したうえで苦情内容や改善・対応状況を開示することが望まれる。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 経理規程、管理規則を定め、事務・経理・契約等に関するルールを明確にして職員に説明し周知している。また、規程集を部署ごとに配布して、職員がいつでも確認できるようにしている。物品購入の手続きは採用時のオリエンテーションや購入の度に事務から説明を行い職員への周知に努めている。また、発注者と検収者を分離して二重チェックができるようにしている。年1回、法人監事による「サービス運営」と「財務」に関する監査が実施され結果はホームページで公開されている。また、毎年、公認会計士による外部監査を受け、結果をホームページで開示するとともに指導内容に従い運営や経営の改善を図っている。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 地域との交流に関する基本方針や考え方は、運営方針や事業計画で明示している。利用		

者の自立度が高く、外出できる利用者が多く行政区で実施している認知症予防の地域サロンへの連絡や送迎を行い、地域住民との交流を支援している。また、花火大会、市の夏祭りや学校のコンサート鑑賞の送迎、公民館で開催しているカラオケ教室への参加などを支援している。要介護者や要支援者が利用できる介護サービスが掲載されている市作成の介護保険の冊子を置いていつでも利用者が見ることができるようになっている。		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a・b・c
<コメント> コロナ禍前は、定期的に楽器演奏や朗読などのボランティアや小・中・高校生の職場体験を受け入れきたが、コロナ禍以降は傾聴ボランティア以外の定期的なボランティアは受け入れていない。ただし、行事の時には市の生涯学習課を通して歌や踊り、太鼓演奏のボランティアの方々に来て貰っている。また、社会福祉協議会主催の親子職場体験は受け入れている。 なお、ボランティア受け入れマニュアルが策定されていないため、策定がするとともに、学校教育への協力に関する基本方針を定めることも望まれる。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携を適切に行っている。	a・b・c
<コメント> 市主催の連絡協議会等は開催されていないが、老人福祉施設協議会県南支部施設長会議を年2回開催し、その他に職種別研修（介護職員、介護支援専門員、看護職員、栄養士、事務職員）を各施設持ち回りで実施して情報交換や連携に努めている。また、居宅介護支援事業所の介護支援専門員とは個別に連携を図っている。 なお、老人福祉施設等との連携のみでなく、市町村や福祉事務所、民生委員等を含む関係機関等の連携が求められるので関係機関や相談機関、施設等利用者が活用できる社会資源のリストを作成することが望まれる。		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 施設長は、市の介護保険事業計画策定委員や介護保険運営委員になっており、会議を通して地域の高齢者等のニーズの把握が行われている。また、法務局の人権擁護委員に委嘱され、地域の様々な課題やニーズの把握が図られている。さらに、居宅介護支援事業所や法人の苦情受付の第三者委員になっている民生委員から、地域の福祉ニーズの情報を得て把握に努めている。 なお、地域の交流イベントやアンケートなどの実施を通して、地域の具体的なニーズの把握を行う取り組みを実施することが望まれる。		

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を行っている。	㉖・b・c
<コメント> 福祉避難所として登録して、災害時に5名の地域住民の受け入れを予定している。 また、法人の施設内に自動販売機を設置し、収益を日本財団に寄付している。法人では介護認定を受けていない高齢者の閉じこもり防止を目的に令和5年までの市の補助事業として「生きがいデイサービス」を実施してきたが、補助事業終了後も法人独自で公益事業として継続して実施している。		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	㉖・b・c
<コメント> 基本理念、運営の基本目標、職員職務心得の中で利用者の尊重、人権の保障を明示し、施設の方針として示されている。職員は法人の研修で虐待防止や利用者尊重について学んでいる。事業所は介護員、相談員の2名が配置され、利用者に対応している。利用者の自主性を尊重し居心地よく過ごせることを目標に取り組んでいる。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供を行っている。	㉖・b・c
<コメント> プライバシー保護については利用者の権利と位置づけている。契約時に家族からInstagramや広報誌への写真使用について同意を取り、同意しない利用者の写真は使用していない。利用者は自立している方が多く、職員が直接介護することではなく、支援が必要になれば外部サービスや法人内のデイサービスを利用している。部屋を訪問するときは備え付けのチャイムを鳴らし、同意を得て部屋に入っている。また、契約時に緊急時に備え、応答がない時はドアを開け安否確認することの同意をもらっている。生活の場でも利用者の情報を他利用者に伝わらないよう配慮している。		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）を適切に行っている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	㉖・b・c
<コメント>		

利用希望者に対しては相談員・介護員が対応し、パンフレット、料金表を提示し説明している。施設内見学にも対応しており、空き室があれば部屋の中も見学できるようになっている。また、ケアハウスを知っていただくためパンフレットを作成し地域包括支援センターや居宅事業所に配布し、入所希望者を募る取り組みをしており、その結果入居希望者が増加し、待機者も増えている。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	㉖・b・c
＜コメント＞ 利用開始時はパンフレット、重要事項説明書で、利用者、家族が意思決定できるようサービスの内容を説明している。また、ケアハウスでの生活ができるか支援内容を説明し、利用者や家族に判断してもらい契約をしている。契約にあたっては、入居希望者がケアハウスで自立生活ができるか見極めて入居を決定している。		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a・㉗・c
＜コメント＞ 福祉施設の変更は、利用者がケアハウスでの生活が難しくなった段階で、居宅介護支援事業所のケアマネジャー、家族と連携し、次の生活の場を検討している。特別養護老人ホームに入所するときは担当ケアマネジャーが対応し利用者の生活が不安なく移行できるよう連携している。 なお、他施設移行後も慣れた職員が相談に乗ることを伝え利用者、家族に連絡先も含め周知しておくことが望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㉗・c
＜コメント＞ ケアハウスの事業計画に買い物外出、ドライブ、カラオケ、サークル活動など利用者が選択して参加できる余暇活動が用意されている。また、利用者は自由に外出ができる環境にあり、車やバスで外出する利用者もいる。要望や不満は直接職員に言える利用者が多く、食事への要望も多く、給食委員会で検討し、リクエストメニューなどに反映している。 なお、利用者満足度調査は行っておらず、直接要望を出せない利用者の意向を把握するためにもアンケートなどで要望や満足度を把握する取り組みが望まれる。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	㉖・b・c
＜コメント＞		

苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を整備し、利用者や家族に示されている。施設内にも掲示し周知している。ケアハウスの玄関に意見箱と苦情記入カードを置いている。苦情に対しては利用者や家族に対応を報告し、広報誌に掲載している。第三者委員が2カ月に1回の訪問があり、なんでも相談できること利用者に周知している。		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	①・b・c
<コメント> 職員（介護員、相談員）は、娛樂室にいる時間を多くとり、利用者と顔を合わせる機会が多く持ちコミュニケーションを取っており、関係が築かれている。その中で様々な情報を把握している。深刻な話には居室でゆっくり聞いている。また、第三者委員が施設に訪問するときは利用者に周知し、相談を呼び掛けている。		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・②・c
<コメント> 職員と利用者の関係が近く、話しやすい環境となっている。不満や要望が出たときは、ケアハウス会議で検討し、改善に努めている。また、職員は利用者間のトラブルや関係性を把握しており、相談員が中に入りトラブルが起きないように配慮している。 なお、要望を紙に書くことが億劫になっている利用者も多く、意見箱に意見が入ることではないことから、選択肢を示した簡単なアンケート調査などを行うなど、利用者の埋もれた意見や要望を把握する取り組みが望まれる。		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組を行っている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制を構築している。	a・②・c
<コメント> 法人のリスクマネジメントの責任者には介護支援専門員が就いている。以前入浴時間は自由であったが、浴室で事故があり、利用者には30分単位で入浴時間帯を設け、次の入浴者が異変を気付けるようにしている。入居の要件を自立としていることから制度上職員の配置が少なく夜間はおらず、同じ建物内の特別養護老人ホームと連携し、特養の職員がナースコールでリスクに対応している。 ヒヤリハットや事故の報告を出しにくいと職員が感じており、ハインリッヒの法則を学び職員が些細なヒヤリハットに気づき報告をすることが、大きな事故を防ぎ、サービス向上につなげるためにも気軽にヒヤリハットや事故報告を出せる雰囲気づくりが望まれる。		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	①・b・c
<コメント> 法人の感染症委員会を毎月開催し、責任者は看護師がついている。感染症対応マニュアル、BCP（感染症事業継続計画）を策定している。感染症について集団感染防止やガウンテクニック吐しゃ物処理などの対応について職員研修を行っている。デイサービスの利用		

者の感染があり、エリア分けや部署ごとの職員の移動を避ける対応で収束し蔓延防止につながって効果を上げている。		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	①・b・c
<コメント> 災害避難計画、BCP（災害時事業継続計画）を策定しており、毎月法人内事業所合同で避難訓練が行われケアハウスも避難訓練に参加している。消防署立ち会いの訓練も年2回実施し、指導を受けている。災害時の職員の安否確認は一斉メールで行い、利用者は勤務職員が避難後全員避難できたか確認している。備蓄は管理栄養士が管理し、米、パン、レトルト食品、水、カセットコンロ、毛布などを備えている。ハザードマップでリスクも確認している。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法を文書化し福祉サービスを提供している。	①・b・c
<コメント> ケアハウスは介護を提供していないので介護マニュアルはないが、業務マニュアルを整備している。業務マニュアルには1日の時間ごとの業務が記載され、職員がそれにより業務を行っている。2人勤務の時もあるが一人勤務の時間も多く、早番・遅番と勤務時間が決められており、2人揃って顔を合わせることが少ない。そのため申し送りノートを使い利用者の情報を共有している。		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立している。	①・b・c
<コメント> 業務マニュアルは、状況や利用者の変化に対応できるよう見直しをしている。入浴についても、事故を踏まえ外部サービスを入れている利用者は午前中、自立できている利用者は午後の時間帯で入浴時間や順番を決めており、次の入浴者が先に入浴した利用者が事故なく終えたかの確認をする対応に変更する見直しをしている。		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画を策定している。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	①・b・c
<コメント> 見学者や入所申込者に対して独自のアセスメントシートを用いてアセスメントを行い、入所対象者になり得るかを確認している。個々の利用者の担当介護支援専門員が作成した居宅サービス計画書の有無に関わらず、生活相談員が全員分の生活支援計画を策定してい		

る。		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	㉖・b・c
＜コメント＞ 通常、年度初めに生活支援計画を策定し、年度末に評価・見直しを行っている。利用者退院時、また、入院加療等により心身状態に変化が観られた時には、随時計画の評価・見直しを行っている。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録を適切に行い、職員間で共有化している。	㉖・b・c
利用者の記録は、特別養護老人ホームやデイサービスとは異なり、ソフトは導入されていないので、利用者ごとパソコンに入力し記録している。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	㉖・b・c
＜コメント＞ 清峰会個人情報保護規定、個人情報に関する文書等管理規程があり、施設長が責任者となっている。職員入職時に個人情報保護について説明し、誓約書を取っている。文書は鍵が係る倉庫に保管し、保存年限が経過したら産廃業者に委託し廃棄している。家族や利用者には入所契約の際重要事項説明書で説明している。		

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（20 項目）について、判断基準（a・b・c の3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A ①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ②	A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ③	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a・⑤・c
<コメント> 利用者玄関内に利用者個々の郵便受けが設置してある。理解が困難になってきた利用者からの依頼により郵便物の内容を確認し、本人に内容をわかり易く説明している。また、必要に応じて利用者の家族へ連絡し、必要な行政手続き等の支援をしている。		
A ④	A-1-(1)-④ 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	②・b・c
<コメント> 利用者個々の聴こえの程度に配慮し、声の大きさを変えたり低めの声で話したりなどして意思の疎通を図っている。		

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底してい	a・ー・③

⑤	る。	
<コメント> 法人の虐待防止委員会・事故防止対策委員会に出席し、不適切なケアを行わないための研修等に参加し、施設内職員全員で共有している。また、食堂の個々の利用者の席を半年に1回程度、定期的に席替えを行っており、利用者同士でトラブルや権利侵害が起きないように配慮している。 今後は、虐待の芽チェックリスト等を活用し不適切ケアについて自己チェックし虐待の未然防止を図ることや虐待発生時の対応についてフロー図の作成が望まれる。		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A ⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	①・b・c
<コメント> 利用者の居室は個室と夫婦での入所を想定した二人部屋で居室内にキッチンとトイレが設置されている。ベッドや家具、食器等は利用者本人が使い慣れたものを持参してもらっている。施設内も快適に過ごせるよう随時補修などに努めている。		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A ⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・①・c
<コメント> 男湯と女湯に分け、それぞれ一般浴槽が設置されている。シャワーチェアを2台ずつ設置している。個々の利用者の入浴時間帯を決めている。利用者の希望や体調等を考慮し、入浴日の変更や入浴出来ない時には着衣交換や全身清拭の介助を行うこともある。		
A ⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・①・c
<コメント> トイレには縦手すりを取り付け、便座の左右には肘掛けがある。利用者の体調が優れず、一人での排せつが難しい時は便座への移乗、ズボン等の上げ下ろし等の介助をしている。		
A ⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	①・b・c
<コメント> 原則、2階の居室から1階の食堂まで自力で移動できることが入所の要件となっている。体調不良等による移動支援が必要な場合は、職員が車椅子を押す介助、歩行器等の補助		

具を使用する利用者の見守りを行っている。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A ⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・⑥・c
<コメント> 個々の利用者が穏やかに食事できるように定期的に席替えを行っている。主菜を選ぶことができる選択食の他、特別食と行事食を取り入れている。利用者の中には楽しく話をしながら食事をしたという要望もあるが、感染対策のため黙食としている。 なお、要望を踏まえ、感染対策をしつつ楽しい食事となるよう小さい声での会話や音楽を流すなどの工夫が望まれる。		
A ⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	④・b・c
<コメント> 利用者からの申し出に応じ、次の食事から食事の形態や主食の量、栄養補助食品等の追加等の対応が出来る仕組みが構築されている。食事時の誤嚥や窒息等の防止・対応のため必ず職員が見守りを行っている。		
A ⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・⑥・c
<コメント> ADLが自立している人が対象となる施設であることから口腔ケアに関する取り組みは行っていないが、義歯の紛失の申し出があった場合は利用者と一緒に探している。また、義歯が破損した場合は家族へ連絡を入れ、歯科受診に繋げている。 なお、食べる楽しみを継続できるよう希望する利用者は、定期的に専門家による口腔ケアを受ける機会を持つ取り組みが望まれる。また、職員が口腔ケアについて学び食後の口腔内のチェックをして磨きなおしなどの支援が望まれる。		

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A ⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・③
<コメント> 非該当か		

		第三者評価結果
--	--	---------

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A ⑭	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A ⑮	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・⑮・c
<コメント> ラジオ体操や健康体操の実施、地域で行われるサロンへの参加を促し、介護予防に努めている。判断能力の低下や認知症の症状の変化に気付いたときは、早期に家族や担当介護支援専門員に連絡し、医療機関への受診に繋げている。		

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A ⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	⑯・b・c
<コメント> 認知症の診断を受けていない利用者が多いことから認知症の行動・心理症状（BPSD）のある利用者とトラブルにならないように配慮している。物忘れのある利用者に対しては、その都度説明するなどの対応をしている。		

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A ⑰	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	⑰・b・c
<コメント> 夜間帯は職員の配置がないことから夜間対応マニュアルに基づき、併設の特別養護老人ホームの夜勤者がケアハウス利用者の急変時の対応をしている。また、日中帯の利用者の急変時には特別養護老人ホームの看護師の協力を仰いでいる。 入所時に施設から20～30分の移動範囲内に協力者（家族、親戚、友人、知人、近隣住民、等）を登録してもらい利用者の急変時の対応をしている。		

		第三者評
--	--	------

		価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑩	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A ⑪	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	①a・b・c
<コメント> 利用者に変化があった時に家族等へ状況報告を行い、記録に残している。家族や協力者に対して夜間帯や週末に負担を掛けないように日中帯や週末前に早めの受診を提案し受診を促している。		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A ⑫	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		